国民健康保険療養費支給申請書

支給額 円

上記のとおり療養に要した費用を申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者(世帯主) 住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____ 茨城県常総市長

神達 岳志 殿

被保険者 記号・番号					世帯主名					
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏名					個人番号			申請者との 続柄	
	住所									
	発病負傷日		診療 期間	自 至		診療 日数				
	傷病名		傷病の 原因			傷病の 経過				
	診療の内容									
	受診した 医療機関等	名称	()				診療科			
		所在地					医師名			
	受診状態			受給証						
	費用額	円		併用公費又は福祉の名称						
	審査 認定額	円		交通事故等の第三者行為	有		無			
療養費の 種別	一般診療・補装具・柔整・その他 ()									
療養の給付を 受けることが できなかった 理由										
受取 口座	☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 ☐ 振込口座を指定する。									
1：現金	振込先	コード	名称			(フリガナ)				
	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合			口座名義人				
2：振込	支店					口座番号				
	口座種別									
点数 負担率			総医療費			支給額				
			一部負担額							

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状 年 月 日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名 _____

(申請者) _____

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____